

上峰町 健康増進計画
(食育推進計画)

令和8年度～令和17年度

令和8年3月
上峰町

目 次

序章 計画策定にあたって	1
第1節 計画策定の趣旨	
第2節 計画の性格	
第3節 計画の期間	
第4節 計画の対象	
第1章 上峰町の現状と特性	4
第1節 町の概要	
1. 人口	
2. 死亡	
3. 介護保険	
4. 出生	
第2章 課題別の実態と対策	9
第1節 生活習慣病の発症予防・重症化予防	
1. 女性とこどもの健康	
2. 循環器病	
3. 糖尿病	
4. がん	
5. COPD(慢性閉塞性肺疾患)	
6. 歯・口腔の健康	
第2節 目標の設定	
第3章 計画の推進	46
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	
1. 活動展開の視点	
第2節 健康増進を担う人材確保と資質の向上	

序章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の趣旨

平成 12 年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本 21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目標として、健康を増進し生活習慣病の発症を予防する「一次予防」を重視する取り組みが推進されてきました。

今回、令和 6 年度から令和 17 年度までの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」（以下「国民運動」という。）では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の現実に向け、下記の 4 つの基本的な方針を示し、令和 17 年度までの取り組みを推進することになりました。

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 個人の行動と健康状態の改善
 - (1) 生活習慣の改善
 - (2) 生活習慣病（*NCDs）の発症予防と重症化予防
 - (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 3 社会環境の質の向上
- 4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

基本的な方針で示された生活習慣病の発症予防・重症化予防は、高齢化に伴い生活習慣病の有病者数の増加が見込まれており、その対策は健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題であるため、生活習慣の改善等により多くが予防可能である「循環器病、糖尿病、がん及び COPD」を重要な生活習慣病と捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講ずることが重視されています。

上峰町（以下「本町」という。）では、高齢者の医療の確保に関する法律により平成 27 年 3 月上峰町国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、健康増進法に基づく基本的な方針を踏まえ PDCA サイクルに沿って事業展開してきました。

今回示された「国民運動」にて、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを推進するためには、保健事業実施計画（データヘルス計画）の国民健康保険被保険者だけでなく、胎児期から高齢期までの全住民を対象とし、本町の特徴や町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた保健事業の実施をするため、健康増進計画を策定します。

参考 基本的な方針の概略

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

2 個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）及び生活習慣の定着によるがん、生活習慣病（NCDs）の発症予防、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。また、生活習慣病（NCDs）の予防とともに、生活機能の維持・向上も踏まえた取り組みを推進し健康寿命の延伸を実現する。

*NCDsとは

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患及び糖尿病を中心とする非感染性疾患（NCD）は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機構（WHO）では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

3 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取り組み、社会とのつながりをもつことのできる環境整備や自然に健康になれる環境づくりの推進とともに誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備等について、多様な主体による取り組みを推進しつつ関係省庁と連携し取り組みを進める。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態が、これまでの生活習慣等に影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があるため、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）の取り組みを推進する。

≪ヘルスプロモーション（オタワ憲章）

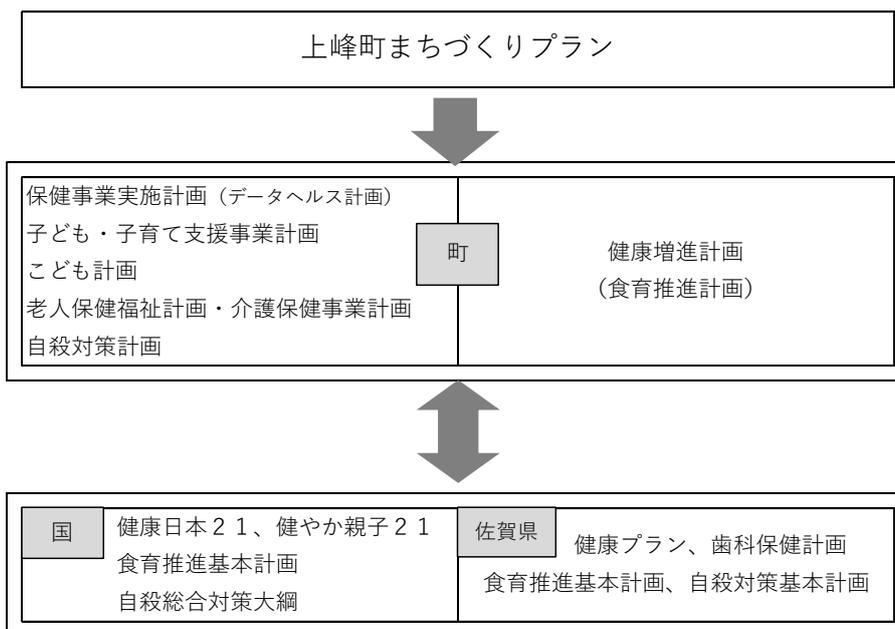
ヘルスプロモーションとは、人びとが自ら健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にするためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し環境に対処することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。

（能力の付与）ヘルスプロモーション活動は、現在の健康状態の差異を減少させること、すべての人びとが自ら健康の潜在能力を十分に発揮できるような能力を付与するための平等な機会の基盤を包含している。

第2節 計画の性格

この計画は、上峰町まちづくりプランを上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、食育推進計画を含めて、国、県の計画、本町の各種計画と連携を図りながら推進していきます。



第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和8年度から令和17年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢者までのライフコースアプローチの視点で健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第1章 上峰町の現状と特性

第1節 町の概要

本町は佐賀県東部に位置し、町の北部には源為朝が山城を築いたとされる鎮西山を有し、南部は農業や肥育業(佐賀牛)が盛んな、带状で東西最狭 1kmしかない町です。令和6年度の産業構成は、第1次産業 3.9%、第2次産業 29.6%、第3次産業 66.5%となっています。

1. 人口

本町の人口(令和5年度)は、9,789人であり、国・県と比べ、65歳以上の高齢化率は低く、年少人口(15歳未満)が高くなっています。(図表1)

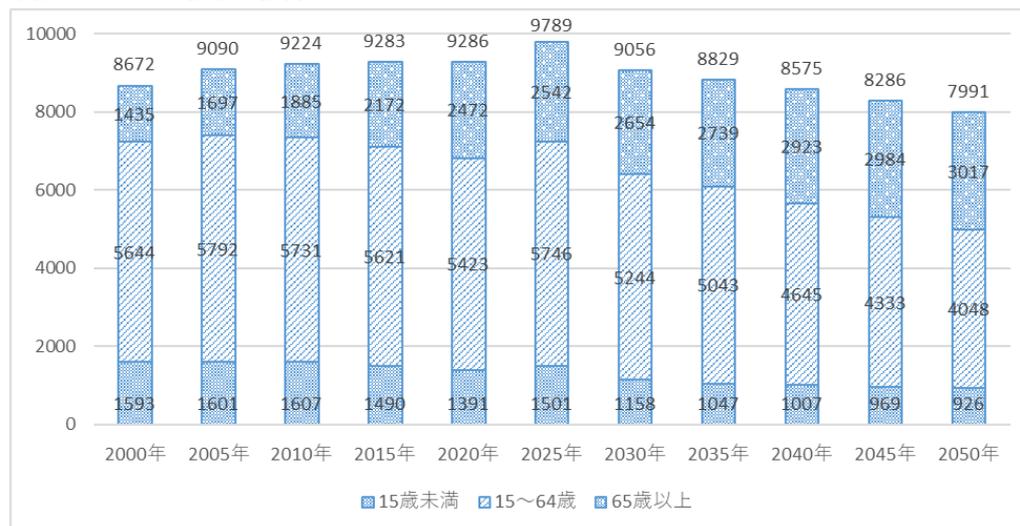
図表1 人口構成

区分	上峰町	県	国
総人口	9,789人	806,877人	125,416,877人
年少人口 (15歳未満)	1,501人 (15.3%)	706,500人 (11.7%)	14,731,822人 (13.2%)
生産年齢人口 (15~64歳)	5,746人 (58.7%)	450,706人 (59.6%)	74,796,061人 (55.9%)
老年人口 (65歳以上)	2,542人 (26.0%)	249,642人 (28.6%)	35,888,947人 (30.9%)

出典：厚生労働省住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口の推移をみると、2,000年(平成12年)は8,672人でしたが、年々増加傾向にあります。2025年(令和7年)をピークに計画最終年(2035年)は8,829人と減少する見込みです。(図表2)

図表2 人口の推移と推計



出典：令和2年までは国勢調査、それ以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」

2. 死亡

(1) 死因

令和5年度の本町の主な死因は、悪性新生物による死亡率が国・県より高く、標準化死亡比(SMR)[※]でも悪性新生物が高くなっています。(図表3)

図表3 主な死因

区分	死亡率（人口10万対）			標準化死亡比（SMR）		
	上峰町	県	国	上峰町	県	国
悪性新生物	360.5	348.5	315.6	108.8	104.4	100
心疾患	98.3	197.6	190.7	83.2	95.5	100
脳血管疾患	54.6	88.8	86.3	91.2	104.7	100
肺炎	43.7	87.6	62.5	105.1	124.5	100
老衰	32.8	144.9	156.7	—	—	

出典：町・県は平成25年～令和5年佐賀県保健統計、国は令和5年度人口動態調査

※標準化死亡比(SMR)

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国の平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

(2) 男女別の平均寿命及び平均自立期間(健康寿命)

平均寿命[※]及び平均自立期間[※]は、男性は国・県・同規模と比較して長くなっていますが、女性の平均寿命は国・県・同規模と比較し短くなっています。

図表4 平均寿命や平均自立期間の現状（令和5年度）

	上峰町	県	同規模	国
平均寿命	男82.4歳	男81.4歳	男80.7歳	男81.5歳
	女87.1歳	女87.5歳	女87.2歳	女87.6歳
平均自立期間 (要支援以上)	男79.5歳	男78.7歳	男78.2歳	男78.6歳
	女81.5歳	女81.7歳	女81.7歳	女81.4歳
平均自立期間 (要介護2以上)	男81.1歳	男80.2歳	男79.3歳	男80.0歳
	女84.7歳	女84.8歳	女84.1歳	女84.3歳

出典：KDBシステム

※平均寿命

0歳の人が何年生きれるかを示すもの

※平均自立期間

0歳の人が要支援以上または要介護2以上になるまでの期間

(3) 早世死亡(65歳未満死亡)

早世とは高齢に達することなく亡くなることです。本町での健診可能年齢である30歳から、前期高齢者以前の65歳未満までをみると、年間10人近い方が亡くなっており、その割合は、県や国と比較しても高い傾向です。

国の統計によると、30歳代の死亡原因の第1位が自殺、40～60歳代は第1位が悪性腫瘍ですが、50歳代になると第2位に心疾患、第3位に脳血管疾患と生活習慣病が挙がってきます。本町における早世の原因をみると、悪性新生物と同等に心疾患が多いことがわかります。

早世の人数(30～65歳)

		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
65歳未満の死亡		9人	8人	8人	9人	3人
早世の死亡率 (%)	町	11.5	9.1	8.6	9.6	2.7
	県	7.5	7.7	7.1	6.8	6.4
	国	8.6	8.5	8.1	7.7	7.7

出典：佐賀県保健統計、厚生労働省人口動態調査

早世の原因(30～65歳)

区分	令和5年度	令和6年度	令和7年度
悪性新生物	0人	2人	2人
自殺	0人	0人	1人
心疾患	2人	1人	2人
脳血管疾患	0人	0人	1人
その他	1人	1人	1人
合計	3人	4人	7人

出典：死亡小票（上峰町）

3. 介護保険

本町の高齢化率は、平成30年23.4%から令和5年度26.7%と高齢化が進んでいますが、同規模や県、国と比較すると高齢化率は低くなっています。また、1号認定者(65歳以上)の介護保険認定率は、同規模や国と比較すると低くなっています。(図表5)

図表5 要介護認定者(率)の状況

	上峰町				同規模	県	国
	平成30年度		令和5年度		令和5年度	令和5年度	令和5年度
高齢化率	23.4%		26.7%		39.1%	30.8%	28.7%
2号認定者	15人	0.5%	9人	0.2%	0.4%	0.3%	0.4%
新規認定者	1人		1人		—	—	—
1号認定者	366人	17.0%	414人	17.1%	19.2%	8.6%	19.7%
新規認定者	1人		6人		—	—	—
再掲	65～74歳	39人	3.6%	45人	3.8%	—	—
	新規認定者	0人		0人		—	—
	75歳以上	327人	30.6%	369人	31.4%	—	—
	新規認定者	1人		5人		—	—

出典：KDBシステム

介護給付費では、平成30年度と令和5年度では7,000万円減少しており、高齢化は進んでいますが、介護給付費は増加しておらず、同規模や県、国と比較しても低い状況です。(図表6)

図表6 介護給付費の変化

	上峰町		同規模	県	国
	平成30年度	令和5年度	令和5年度	令和5年度	令和5年度
総給付費	6億9900万円	6億2332万円	—	—	—
1人あたり給付費(円)	279,875	273,736	313,904	291,396	313,904
1件あたり給付費(円)	74,771	75,460	74,955	69,875	59,499
居宅サービス(円)	51,876	50,299	43,968	50,625	41,362
施設サービス(円)	287,492	290,848	291,548	294,820	298,976

出典：KDBシステム ラボツール様式5-1

要介護者の有病状況を、生活習慣病の視点でみると、75歳未満では脳血管疾患が1位を占めており、75歳以上になると虚血性心疾患が1位を占めています。基礎疾患をみると、高血圧・糖尿病・脂質異常症の有病割合が93%であり、これらの生活習慣病が重症化した結果、脳血管疾患や虚血性心疾患に繋がっていると考えられます。(図表7)

図表7 血管予防の視点でみた要介護者の有病状況

	第2号被保険者				第1号被保険者				合計			
	年齢	40~64歳		65~74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		9		45		369		414	423			
再)国保・後期		4		37		357		394	398			
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	循環器疾患	1	脳血管疾患	2	脳血管疾患	21	虚血性心疾患	178	虚血性心疾患	191	
			割合	50.0%	割合	56.8%	割合	49.9%	割合	48.5%		
		2	虚血性心疾患	0	虚血性心疾患	13	脳血管疾患	147	脳血管疾患	168	脳血管疾患	170
		割合	0.0%	割合	35.1%	割合	41.2%	割合	42.6%			
	3	腎不全	0	腎不全	6	腎不全	81	腎不全	87	腎不全	87	
	割合	0.0%	割合	16.2%	割合	22.7%	割合	22.1%				
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	10	糖尿病合併症	56	糖尿病合併症	66	糖尿病合併症	66
	割合	0.0%	割合	27.0%	割合	15.7%	割合	16.8%				
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		3	基礎疾患	32	基礎疾患	335	基礎疾患	367	基礎疾患	370	
	割合	75.0%	割合	86.5%	割合	93.8%	割合	93.1%				
血管疾患合計		3	合計	32	合計	342	合計	374	合計	377		
割合	75.0%	割合	86.5%	割合	95.8%	割合	94.9%					
認知症	認知症	1	認知症	1	認知症	174	認知症	181	認知症	182		
割合	25.0%	割合	18.9%	割合	48.7%	割合	45.9%					
筋・骨格疾患	筋骨格系	4	筋骨格系	34	筋骨格系	337	筋骨格系	371	筋骨格系	375		
割合	100.0%	割合	91.9%	割合	94.4%	割合	94.2%					

出典：KDBシステム ラボツール様式5-1

4. 出生

本町の出生率は、県や国より高く、合計特殊出生率でも県や国より高い状況となっています。

(図表8)

図表8 令和5年出生率及び合計特殊出生率の割合

区分	上峰町	県	国
出生数・率（人口千対）	84人（8.6）	5,144人（6.5）	727,288人（6.0）
合計特殊出生率	1.78	1.46	1.2

出典：佐賀県保健統計年報、厚生労働省人口動態調査

第2章 課題別の実態と対策

第1節 生活習慣病の発症予防・重症化予防

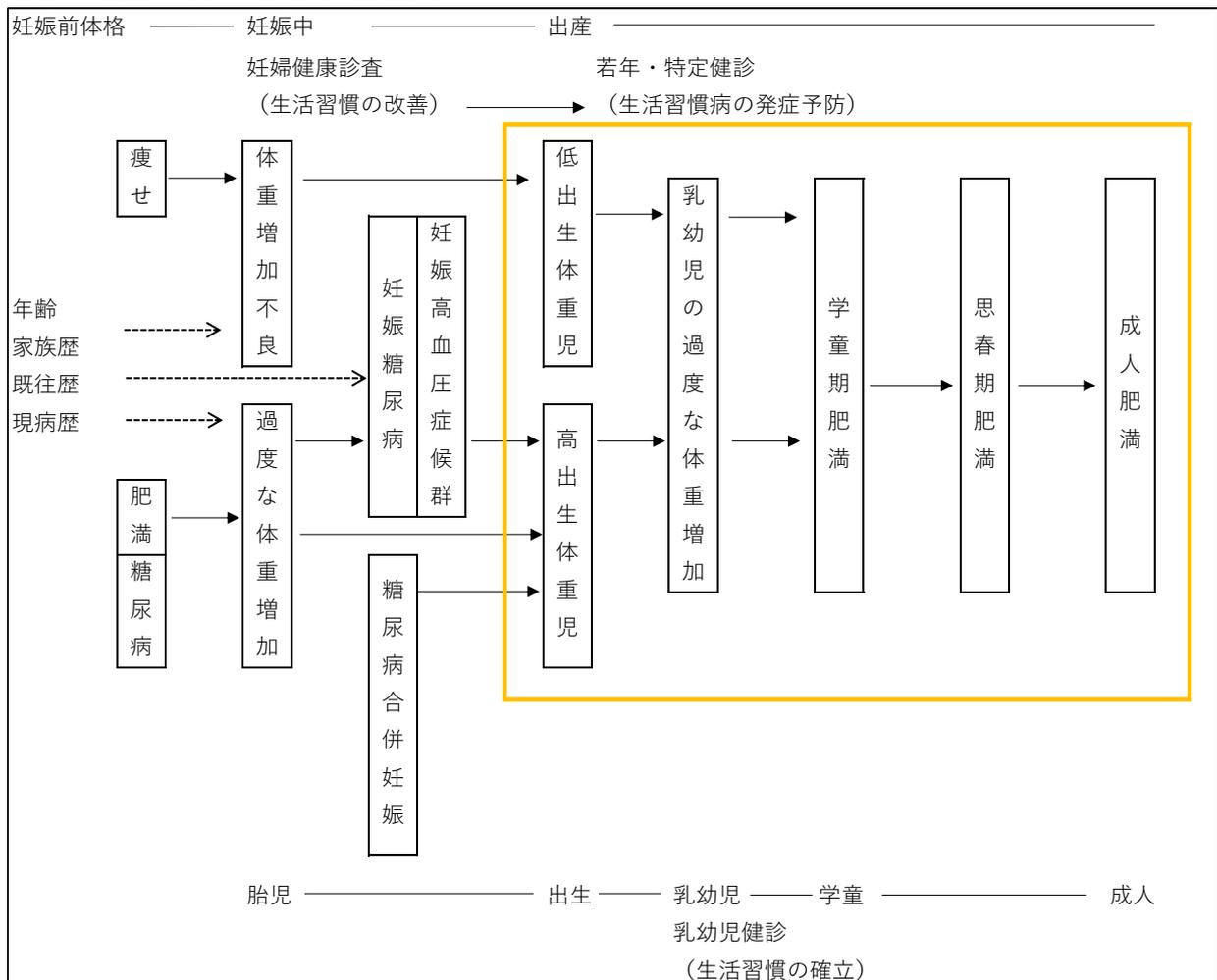
1 女性とこどもの健康

(1) 基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が、成人期以降の生活習慣病の発症の要因であることが、疫学的研究でわかってきました。低栄養の母体から出生した児は、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、出生後に過栄養になることで、成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症します。そのため、妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要です。(図表9)

妊娠から出産までの安全の確保と、生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診・相談、出生から5歳児までの乳幼児健診(令和8年度より5歳児健診が開始)を実施しています。また、小学校・中学校とも連携し、学校健診結果の共有や、生活習慣病に関する健康教育を実施していきます。

図表9 妊娠期(胎児期)からの生活習慣病予防



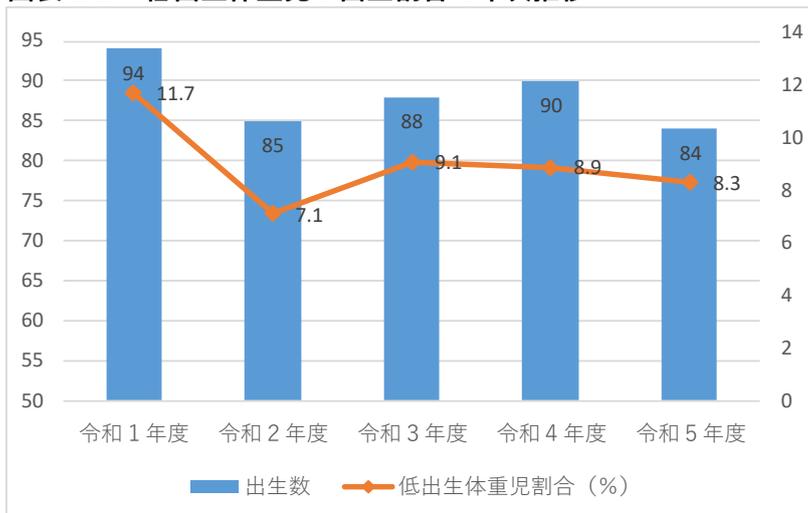
(2)現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア)低出生体重児(2500g未満)の割合の減少

本町の低出生体重児の割合は、9%前後で推移しており、全国平均の9%台と比べてやや低い状況です。低出生体重児は一過性過呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化を引き起こす可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長の見守りが必要です。(図表 10)

図表 10 低出生体重児の出生割合の年次推移



令和 5 年出生率及び合計特殊出生率の割合

区分	上峰町	県	国
出生数・率 (人口千対)	84人 (8.6)	5,144人 (6.5)	727,288人 (6.0)
低出生体重児出生数・割合	7人(8.3%)	494人(9.6%)	70,151人 (9.7%)

出典：上峰町妊婦支援台帳

低出生体重児の背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす、妊娠高血圧症候群や喫煙があります。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要です。(図表 11、12)

図表 11 低出生体重児の主な背景要因

母体因子	胎児因子
1 高血圧症、糖尿病、腎疾患、甲状腺疾患	多胎児
2 妊娠高血圧症候群	胎児感染
3 喫煙、アルコール、薬物	子どもの疾病
4 妊娠中の体重増加不良、母親の出生時低体重、子宮筋腫	

図表 12 妊娠中の喫煙

	令和 2 年度	令和 3 年度	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
把握数	96人	95人	86人	90人	80人
喫煙者	2人	2人	2人	1人	1人
喫煙率	2.1%	2.1%	2.3%	1.1%	1.3%

(イ) 妊娠中の適切な体重増加

妊娠前の体格がBMI18.5以上25未満の普通体重の妊婦は、令和6年度で60人(71.4%)となっており、BMI25以上の妊婦は10人(11.9%)、BMI18.5未満の痩せの妊婦は14人(16.7%)となっています。(図表13)

図表13 妊娠前の体格

妊娠前体格	妊娠前体格 (BMI)	年度	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
計			94	95	87	90	84
低体重	18.5未満	人	14	26	14	10	14
		割合	14.9%	27.4%	16.1%	11.1%	16.7%
普通体重	18.5~24.9	人	71	62	59	68	60
		割合	91.4%	65.3%	67.8%	75.6%	71.4%
肥満(1度)	25~29.9	人	7	7	11	8	8
		割合	7.4%	7.4%	12.6%	9.8%	9.5%
肥満(2度)	30以上	人	2	0	3	2	2
		割合	2.1%	0.0%	3.4%	2.4%	2.4%
再掲 肥満 (1度以上)	25以上	人	9	7	14	12	10
		割合	9.6%	7.4%	16.1%	13.3%	11.9%

出典：上峰町妊婦支援台帳、健康カルテより

妊娠中の望ましい体重増加は、妊娠前の体格によって異なります。令和6年度の妊婦のうち、33人(40.2%)が妊娠中の体重増加が不足していました。(図表14)

妊娠中の適切な体重増加は、低出生体重児の予防に繋がります。妊娠届出時の面談の際に、適切な体重増加について保健指導することに加え、妊娠届出時及び妊娠7か月アンケート送付時に食事内容を確認し、必要に応じて栄養相談を行います。

図表14 令和6年度妊娠中の体重増加の状況

妊娠前体格	妊娠前体格 BMI	体重増加の目安	増加不足	適正範囲	過剰増加	計
低体重	18.5未満	12~15kg	9人	4人	1人	14人
普通体重	18.5~24.9	10~13kg	20人	17人	15人	52人
肥満(1度)	25~29.9	7~10kg	4人	1人	3人	8人
肥満(2度以上)	30以上	個別対応 (上限5Kgまでが目安)		1人	1人	2人
			33人	23人	20人	82人
			40.2%	28.0%	24.4%	100.0%

出典：上峰町妊婦支援台帳

(ウ) 妊娠糖尿病と診断される者の減少

妊娠糖尿病と診断された者は、令和6年度で3人(2.5%)でした。(図表15)

母体の肥満や妊娠糖尿病、糖尿病に至らない糖代謝異常により、児の過剰発育(巨大児)が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに、将来生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されています。

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された妊婦の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化しますが、将来2型糖尿病を高率に発症することがわかっています。産後も適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために、健康診査等で血糖検査を行い、定期的に経過を確認する必要があります。また、妊娠糖尿病は、後述する妊娠高血圧症候群のリスク因子の一つでもあります。

図表15 妊娠糖尿病

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
妊娠糖尿病と診断された者	3人 (2.1%)	4人 (2.8%)	0人 (0%)	3人 (2.3%)	3人 (2.5%)

出典：健康カルテより 分母はその年度に妊婦健診を受けた者

(エ) 妊娠高血圧と診断される者の減少

妊娠高血圧と診断された者、もしくは診断はないものの血圧140/90mmHg以上の所見があった者は、令和6年度で4人(3.3%)でした。(図表16)

妊娠高血圧のうち25%は、妊娠高血圧腎症に移行するため注意が必要です。妊娠高血圧性腎症は、高血圧だけでなく、全身の血管内皮障害が生じるために、胎盤形成不全や子癇、腎機能障害、肺水腫、播種性血管内凝固症候群、胎児機能不全等を生じる危篤な疾患です。妊娠届出時に、妊婦と共にリスク因子の確認を行い、妊婦健診の結果から、妊婦自身が発症予防について考えることができるようサポートを行います。また、産後も血圧が正常化しているか確認するとともに、血圧測定や尿検査等で定期的に経過を確認する必要があります。

図表16 妊娠高血圧

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
妊娠高血圧と診断された者 もしくは診断は受けていないが、 血圧140/90mmHgの所見がみられた者	3人 (2.1%)	1人 (0.7%)	2人 (1.6%)	5人 (3.8%)	4人 (3.3%)

出典：健康カルテより 分母はその年度に妊婦健診を受けた者

(オ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

a 幼児期の肥満

生活習慣病は、遺伝要因と不健全な生活習慣によって発症しますが、幼児期でも特に早い段階(2~4歳)で体重増加(BMIの上昇)が始まると、将来2型糖尿病やメタボリックシンドロームなどの生活習慣病に罹患するリスクが高くなると言われています(アディポシテイルバウンド)。

令和6年度において、本町での幼児健診において肥満度15%以上の小児肥満に該当する者は、1歳6か月児では10人(12.7%)、2歳児では6人(8.3%)、3歳児では7人(7%)となっています。(図表17)

健診を通して、乳幼児期からの生活リズム・食事・運動・排泄等の基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線等を利用して、適正な体重維持について保健指導を行います。また、食行動の基本が形成される時期であり、離乳食期からの食の支援も併せて行います。

図表17 肥満度15%以上の者の人数(割合%)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
1歳半健診	8人(9.2)	6人(6.6)	7人(7.2)	8人(10.3)	10人(12.7)
2歳児相談	2人(3.8)	2人(2.8)	3人(4.3)	12人(13.7)	6人(8.3)
3歳児健診	7人(7.7)	1人(1.2)	5人(5.2)	3人(3.2)	7人(7.0)

出典：町乳幼児健診

b 学童期・青年期の肥満

小学生における肥満度20%以上の割合は、令和7年度で47人(8.0%)、中学生では35人(11.4%)となっています。小児肥満から成人肥満への移行率は70%程度と高いことが分かっており、この時期の生活習慣の基盤が、成人期に大きな影響を与えることから、食と健康についての正しい知識を周知するために、令和8年度より小学4年生、中学1年生を対象に、健康教育を実施していきます。

学校保健安全法により、児童生徒の健康診査が義務づけられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われています。学校保健安全委員会にて情報共有を図り、学校や養護教諭、栄養教諭等と課題を共有しながら、必要な連携を行います。

図表18 小学生 肥満度20%以上の者の人数(割合%)

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
人数(割合)	55人(9.3)	39人(6.9)	47人(8.0)
再掲) 高度肥満	4人(0.7)	3人(0.5)	3人(0.5)

出典：小学校学校保健安全委員会

図表19 中学生 肥満度20%以上の者の人数(割合%)

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
人数(割合)	45人(15.4)	40人(12.7)	35人(11.4)
再掲) 高度肥満	7人(2.4)	6人(1.9)	4人(1.3)

出典：中学校学校保健安全委員会

イ 適切な生活習慣の確立

(ア) 8時以降に起床または22時以降に就寝している幼児の減少

本町において8時以降に起床している者の割合は、年度によりばらつきはあるものの、1割前後で推移しています。年齢が上がるにつれ割合が減少傾向にあり、これらは就園による影響が考えられます。また、22時以降に就寝している幼児は、こちらも年度によりばらつきがあり、最大で3割程度となっています。(図表20)

睡眠時間が減少すると、集中力の低下、眠気、易疲労感等をもたらす心身に影響を与えます。また、生活リズムが整うと、情緒が安定し脳がよく働くようになると言われていています。生活リズムをコントロールしている視床下部は、生後3か月頃より働き始め、4歳まで成長します。妊娠期や乳幼児期から生活リズムを整える重要性について、健診を通して保健指導を行います。目標値に関して、視床下部の発達が生後4歳頃までであることから、3歳児健診のデータを基に値を決めていきます。

図表20 8時以降に起床するまたは22時以降に就寝している者の人数(割合%)

	令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度	
	8時以降起床	22時以降就寝	8時以降起床	22時以降就寝	8時以降起床	22時以降就寝	8時以降起床	22時以降就寝	8時以降起床	22時以降就寝
1歳半健診	9人(10.3)	13人(14.9)	7人(7.9)	8人(9.0)	4人(4.0)	15人(15.0)	3人(3.8)	5人(6.4)	3人(3.8)	5人(6.4)
2歳児相談	5人(9.3)	12人(22.2)	9人(12.7)	22人(31.0)	7人(9.3)	3人(4.0)	6人(7.1)	9人(10.6)	5人(6.9)	18人(25.0)
3歳児健診	3人(3.3)	17人(18.7)	6人(7.1)	12人(14.3)	7人(7.2)	20人(20.6)	1人(1.1)	13人(14.0)	4人(4.0)	15人(15.2)

出典：町幼児健診

(イ) 朝食を食べていない幼児の減少

朝食を食べることは、高血糖や肥満を予防し、適正体重を維持することにも繋がります。本町では、朝食を食べていない幼児は、過去5年間で3人いました。(図表21)

朝食の欠食は、1日の生活リズムの乱れに関係し、健康面のみならず、集中力・記憶力の低下も引き起こします。就寝時間が遅くなると、朝食を欠食する頻度が高くなると言われていますので、早寝早起きなどの生活リズムを整えることも重要です。

図表21 朝食を食べていない者の人数(割合%)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
1歳半健診	0人(0)	0人(0)	0人(0)	0人(0)	0人(0)
2歳児相談	1人(1.9)	0人(0)	0人(0)	1人(1.4)	0人(0)
3歳児健診	1人(1.1)	0人(0)	0人(0)	0人(0)	0人(0)

出典：町幼児健診

ウ 産後うつ病の予防

(ア) エジンバラ産後うつ病質問票 9 点以上の割合の減少

産後はホルモンバランスの急激な変化により、メンタルヘルスの不調をきたしやすく、悪化すると産後うつ病を発症し、育児にも大きな影響を与えます。産後はEPDS(※エジンバラ産後うつ病質問票)を活用したスクリーニングを実施し、継続的に見守りや支援が必要な家庭には、適宜訪問や面談等を行い、必要に応じて医療機関との連携を図ります。また、妊娠前から不安や悩みを把握し、出産後も切れ目のない継続支援を行い、近年増加している児童虐待の発生予防に努めます。(図表 22)

図表 2 2 エジンバラ産後うつ病質問票9点以上の割合

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
2週間			10.4%
1か月	7.8%	11.8%	10.1%

※エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS):産後うつ病のスクリーニングを目的とした事故記入式の質問票。合計 30 点中、通常 9 点以上を「うつ症状あり」としている。

出典:健康カルテ 産婦健康診査受診票

(2) 具体的な取組

母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していくうえでの健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となります。妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、将来を見据えた保健指導を行っていきます。また、糖尿病や心血管病発症リスクの高い妊婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療機関受診継続の必要性の学習を行っていきます。

肥満傾向児について、現状把握と継続した保健指導を行い、成人期における生活習慣病発症予防を行います。令和8年度より、小学校・中学校での健康教育を保健師又は栄養士等が実施予定であり、健康教育を通して、子ども自身が健康について考え、日頃の生活習慣の振り返りと改善を行えるよう支援します。

	妊娠期		乳・幼児期					学童期
	妊娠届出時 (初期)	中期 後期	乳児	1歳6か月	2歳6か月	3歳6か月	5歳	小学4年生 中学1年生
健康な生活習慣の確立の推進	妊娠前の体格に応じた適切な体重増加 ①妊娠前の体格が肥満とやせ ②妊娠中の体重増加量		身体発育曲線をもとに、適正体重の維持 生活リズム、栄養、活動量の実態に基づいた学習					
	バランス食の学習 (タンパク質、食塩摂取量の適量接種)		バランス食の学習、適切な味覚形成 小児期の甘味飲料(異性化糖)の適量接種 飽和脂肪酸の適量摂取					
	妊娠中の歯周病予防 (歯科健診の勧奨)		口腔清掃、定期的な歯科健診 (フッ化物塗布)					
	妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と禁煙指導		子どもの受動喫煙防止					
防生活習慣病の発症予防のため	母	妊婦健康診査結果で ①妊娠糖尿病 ②妊娠高血圧症候群 栄養指導の実施	妊娠糖尿病の既往、出生時体重4,000g以上(HFD児)の出産経験のある産婦の将来の糖尿病予防(適正体重の維持)及び妊娠高血圧症候群の既往のある産婦の心血管発症予防 (若年者健診の勧奨、職場健診等への受診確認)					
	児		早産、低出生体重児の将来の生活習慣病予防	肥満とやせ傾向児の把握と継続した保健指導			健康教育の実施	

2 循環器病

(1) 基本的な考え方

脳卒中・心臓病等の循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因となっています。また、介護が必要となる主な原因は、令和4年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病による割合が最多となっています。超高齢化社会を迎えた我が国では、循環器病はさらに増加すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因となっています。なかでも、脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費用がかかるなど、長期にわたり患者本人や家族に大きな負担がかかります。

心臓病に関して、当町の医療費は県や国と比較すると低い状況ですが、要介護者の有病状況を見ると、心臓病(虚血性心疾患)の有病率が県や国と比較して多い状況です。(図表 23、前章図表 7)

循環器病に係る医療費や介護給付費を減少させるためには、高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要となります。

図表23 上峰町医療費の状況

			上峰町		同規模	県	国
			令和2年度	令和6年度	令和6年度	令和6年度	令和6年度
総医療費(円)			7億2152万	7億555万	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億5273万	1億6155万	--	--	--
			21.17%	22.90%	18.68%	18.39%	17.69%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	3.65%	4.45%	2.06%	2.50%	2.00%
		心	狭心症・心筋梗塞	1.49%	0.59%	1.44%	1.04%
	腎	慢性腎臓病(透析あり)	5.71%	8.20%	3.92%	5.21%	4.28%
		慢性腎臓病(透析なし)	0.10%	0.13%	0.37%	0.31%	0.32%

出典：ラボツール DH計画作成・評価支援ツール

本来特定健診の心電図検査は医師が必要と判断した受診者のみの実施ですが、本町独自の取り組みとして、集団健診において40歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。個別健診についても、町内の医療機関と契約し、受診者全員の心電図検査を実施しており、令和6年度の心電図実施人数は534人でした。(図表 24)

心電図の有所見者は208人(39.0%)となっており、その中で、心原性脳塞栓症の原因となる心房細動も、心電図検査によって発見することが可能です。本町における心房細動の有所見者は7人(3.4%)で、その全員が、医療機関受診中であり、内服治療や経過観察を行っています。また、その他の有所見がある者に対して、所見の内容と採血結果から、血管がどのように影響を受けているか予測し、保健指導に繋げています。

循環器病の主要な危険因子として、高血圧、脂質異常症(特にLDLコレステロール血症)、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙があります。糖尿病と喫煙については、それぞれの領域で目標を設定するため、循環器病領域では高血圧と脂質異常症、メタボリックシンドロームについて目標を設定します。

図表24 令和6年度心電図有所見者の分類

	人数	割合
心電図検査実施	534	
有所見者	208	39.0%
洞性徐脈	26	12.5%
洞性頻脈	4	1.9%
洞房ブロック	0	0.0%
上室期外収縮	16	7.7%
心房細動	7	3.4%
房室ブロック	4	1.9%
心室期外収縮	22	10.6%
左軸偏位	11	5.3%
左室肥大	1	0.5%
ST変化	12	5.8%
陰性T波	7	3.4%
異常Q波	6	2.9%

出典：ラボツール 特定健診結果より

(2) 現状と目標

ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

(脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比(SMR)100 以下)

脳血管疾患の年齢調整死亡率及び標準化死亡比(SMR)は 100 を下回っており、佐賀県と比較しても低い状況です。

虚血性心疾患の年齢調整死亡率及び標準化死亡比(SMR)は佐賀県と比較すると低い状況ですが、年齢調整死亡率は 100 を超えています。(図表 25)

図表25 心疾患と脳血管疾患の年齢調整死亡率とSMR

	上峰町		佐賀県	
	年齢調整死亡率	SMR	年齢調整死亡率	SMR
脳血管疾患	69.5	91.2	78.3	104.7
心疾患	117.2	83.2	134.1	95.5

出典：佐賀県保健統計 平成25～令和5年

イ II度高血圧以上(160/100mmHg)の者の割合の減少

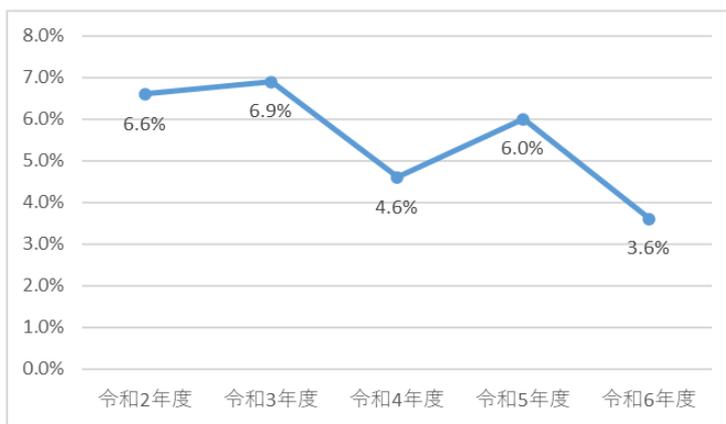
循環器病の中でも、近年増加しているのが心不全です。心不全は心臓が悪いために浮腫や息切れが起こり、徐々に状態が悪くなり、あらゆる循環器病の行く末が心不全と捉えられています。薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩していますが、対症療法であり根治的な治療ではありません。そのため心不全は予防が重要です。

心不全の原因疾患には高血圧があります。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さねばならず、心筋が厚くなり心肥大を起こします。そこに高血圧が続くと、徐々に心臓が疲弊し、その結果心臓のポンプ機能が低下して心不全を起こします。

本町におけるII度高血圧者の割合は、令和6年度で3.6%であり、令和2年度と比較すると減少しています。第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)の最終目標値である4.2%をすでに達成していますが、年度により差が大きいため、引き続き4.2%を目標に取り組んでいきます。(図表26)

また、健診会場でのみ血圧が上昇してしまう、白衣高血圧症の可能性もあるため、家庭血圧測定を実施してもらい、血圧以外の危険因子と併せて医療機関受診の必要性を判断する必要があります。

図表26 II度以上高血圧(160/100mmHg)の割合



出典：ラボツール 健診結果集計ツール

ウ LDLコレステロール 180mg/dl以上の者の割合の減少

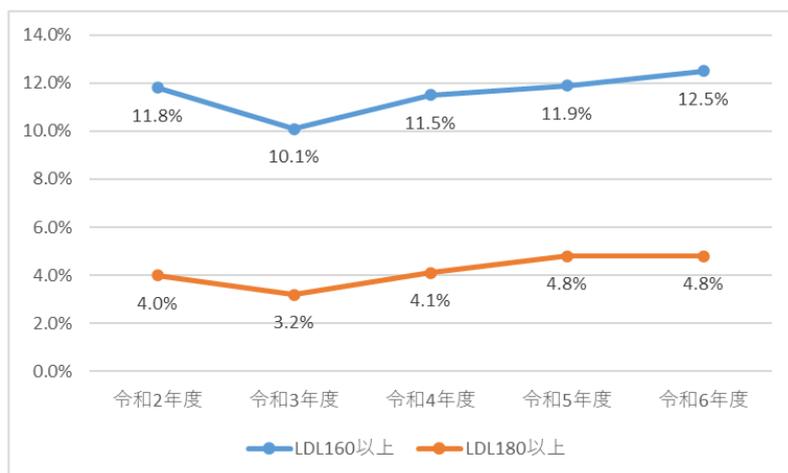
脂質異常症の診断項目の一つであるLDLコレステロールの高値は、冠動脈疾患(心筋梗塞、狭心症など)の危険因子であり、最も重要な指標とされています。冠動脈の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDLコレステロール160mg/dl以上に相当すると言われています。

本町におけるLDLコレステロール160mg/dl以上及び180mg/dl以上の者の割合は、令和2年度から微増しています。(図表27)

本町で実施している二次健診の対象者として、LDLコレステロール140mg/dl以上の者で脂質異常症の投薬を受けていない者としています。受診者の中には、頸動脈エコー検査で動脈硬化やプラークが見つかり、治療に繋がった者もあり、メタボリックシンドロームや耐糖能異常、高血圧などの循環器病の危険因子を重複して持つ者を対象に、二次健診の受診勧奨も行っています。

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）では、受診勧奨判定値であるLDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合を目標として設定しており、本計画でも同様に設定し、3.9%目標に取り組んでいきます。

図表27 LDLコレステロール160mg/dl以上・180mg/dl以上の者の割合

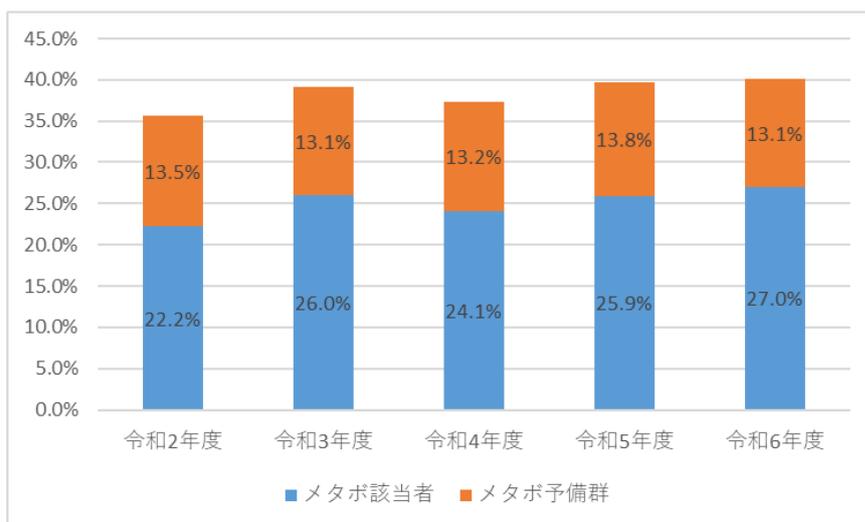


エ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連はすでに証明されており、平成20年から開始された特定健診では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は年々増加しています。（図表28）

第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の最終目標値である32%を目標に取り組んでいきます。

図表28 メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合



出典：ラボツール 健診結果集計ツール

オ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合)

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害や、高血圧、心血管疾患、がん等に深く関連します。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性があります。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われていいます。

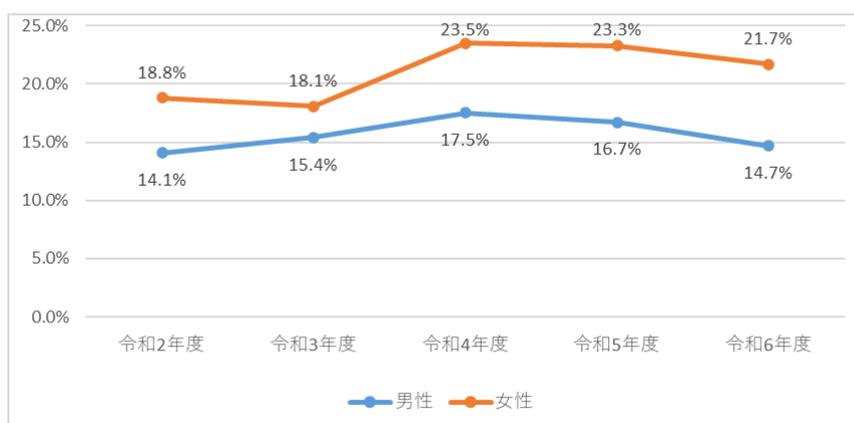
国が作成している「飲酒ガイドライン」では、生活習慣病のリスクを高める量を、1日当たりの「純アルコール量」で、男性は40g以上(2合以上)、女性は20g以上(1合以上)を摂取した場合とした上で、体質などによって少ない量にすることが望ましいとしています。

特定健診の質問項目「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性、女性ともに増加しています。(図表 29)

参考 純アルコール量20gの目安

ビール	日本酒	ウイスキー	ワイン	酎ハイ(7%)	焼酎(25%)
中瓶1本	1合	ダブル1杯	グラス2杯	缶1本	グラス1/2杯
500ml	180ml	60ml	200ml	350ml	100ml

図表29 1日当たりの純アルコール摂取量男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)の者の割合



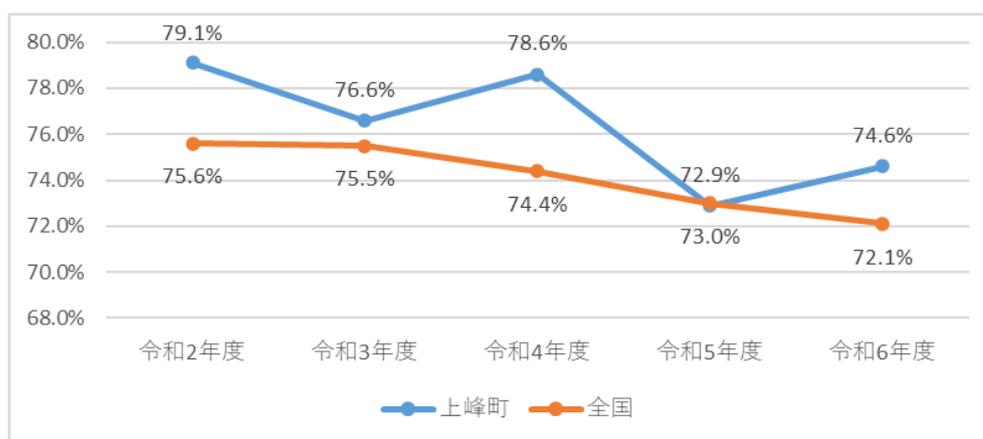
出典：KDBシステム 質問票の経年比較

カ 睡眠で休養が取れている者の増加

睡眠の不足は集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があるだけでなく、長期的に、からだところどころの健康にも影響を及ぼします。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン(食欲を抑制するホルモン)が減少し、肥満になりやすくなるなど、体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き、心血管病のリスクを高めることが科学的にも明らかになっています。

特定健診の質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について「はい」と回答した者をみると、減少傾向となっていますが、国と比較すると高い状況です。(図表 30)

図表30 睡眠で十分な休養がとれている者の割合



出典：KDBシステム 質問票の経年比較

(3) 具体的な取り組み

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、その多くは、不適切な食生活、運動不足、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態が起因となり発症します。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症・重症化、合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症予防・重症化予防が可能です。

町民一人ひとりが、生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口として、特定健診を受診してもらい、自分の体の状態を知ること、段階に応じた予防ができるための保健指導が重要となります。

動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、non-HDL コレステロールがありますが、現時点では特定健診の必須項目に入っていません。メタボリックシンドローム該当者及び予備群が増加していることから、今後本町独自の追加実施を検討していきます。

メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は、循環器病をいかに予防するかということです。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪が蓄積している状態であり、肥満との相関がみられることから、具体的な取り組みについては肥満の改善と同様に進めていきます。

(3 糖尿病 (3)具体的な取り組み参照)

ア 健康診査及び特定健康診査実施率の維持・向上の施策

- ・対象者への個別案内、健康カレンダー、広報、回覧、ホームページなどを利用した啓発
- ・医療機関通院者におけるデータ受領
- ・健診未受診者に対する受診勧奨訪問や電話

イ 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・若年者健康診査、生活保護世帯への健康診査
- ・上峰町国民健康保険特定健康診査
- ・後期高齢者健康診査
- ・特定健康診査に町独自で検査項目の追加を検討(non-HDL コレステロール)

ウ 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施

 - 特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導

 - 家庭訪問や健康相談、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特性を生かしたきめ

 - 細やかな保健指導の実施

- ・二次健診(頸動脈エコー検査、75gOGTT 糖負荷検査)の継続実施

- ・上峰町国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施

- ・第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準ずる

- ・医療機関との連携

3 糖尿病

(1) 基本的な考え方

糖尿病は、複数の遺伝子に、過食(特に高脂肪食)、運動不足、肥満、ストレス等の環境因子及び加齢が加わり発症すると言われていました。また、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがんといった合併症により、生活の質に影響を及ぼす疾患です。脳血管疾患や心疾患などの循環器病と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大な影響を及ぼします。

糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第3位に位置しています。(遺伝性の網膜色素変性症を除くと第2位)

全国の糖尿病有病者数と糖尿病が強く疑われる者は増加傾向であり、高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療のそれぞれの段階で、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが重要です。

本町では、糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでおり、集団健診において HbA1c6.5%以上の者に対し、尿中アルブミン検査を実施し、早期腎症の発見に努め、医療機関と連携して、未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

(2) 現状と目標

ア 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析患者数)の減少

本町における新規透析導入者数は、令和2年度と比較して減少しています。新規透析導入者の原因疾患をみると、糖尿病性腎症は令和6年度に1名となっています。(図表31)

図表31 人工透析患者の推移

		令和2年度	令和6年度
町内透析患者数		29	23
新規透析者数		2	1
(再掲) 原因疾患	糖尿病性	0	1
	腎炎等	2	0

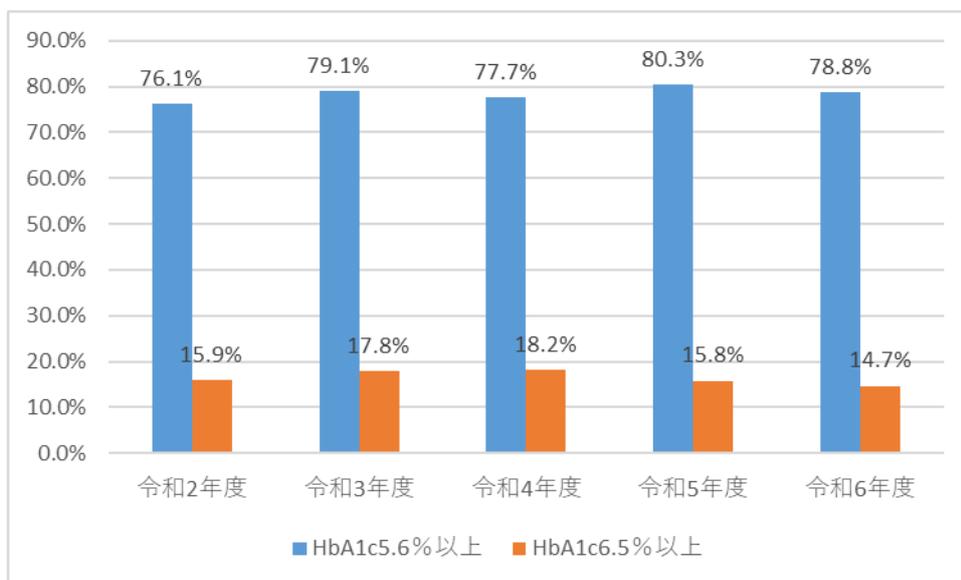
出典：上峰町更生医療申請書

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

(ア) HbA1c6.5%以上の者の割合の減少

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできます。HbA1c6.5%以上の割合は、令和2年～令和4年度までは増加傾向にありましたが、令和5年度より減少傾向となっています。しかし、動脈硬化が進行し始めると言われているHbA1c5.6%以上の者については横ばいで経過しています。(図表32)

図表32 HbA1c5.6%以上の者の割合



出典：ラボツール 健診結果集計ツール

(イ) 治療継続者の割合の増加

(HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)

HbA1c6.5%以上の者のうち、糖尿病治療中の者は、令和4年度、5年度と減少しましたが、令和6年度に増加しました。糖尿病治療中である62人が、治療が継続できるよう、糖尿病連携手帳等を活用し、医療機関と連携を図ります。また、未治療者の25人の中には、薬物療法は行っていないものの、食事・運動療法を行い、医療機関にて定期的に検査を受けている者もいます。KDBシステム等でレセプト情報を確認し、医療機関未受診者には受診勧奨を行います。

図表33 HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
HbA1c測定者 (人)		517	617	628	613	593
HbA1c6.5%以上 (人)		87	110	114	97	87
治療あり	人数	61	77	76	65	62
	割合	70.1%	77.0%	66.7%	67.0%	71.3%
治療なし	人数	26	33	38	32	25
	割合	29.9%	30.0%	33.3%	33.0%	28.7%

※「治療あり」は問診票で服薬ありと回答した者

出典：ラボツール 評価ツール

(ウ) 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1c7.0%以上の者)

2013年より、糖尿病治療におけるHbA1cの目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」としてHbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」がHbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」としてHbA1c8.0%未満と定められました。(図表34)

2016年には日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、65歳以上の高齢者の血糖コントロールの目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患機関、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性等を考慮して目標とするHbA1c値を決定するとされています。(図表35)

図表34 65歳未満の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の指標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

参考：糖尿病治療ガイド2024

図表35 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ	
	①認知機能正常かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL自立、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの依存疾患や 機能障害		
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU剤、グリニド薬などの使用）	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満	75歳以上	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)
		7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)		

参考：糖尿病治療ガイド2024

血糖コントロール指標である HbA1c7.0%以上の者は、令和 3～5 年度と比較すると令和 6 年度は減少しており、HbA1c8.0%以上の者の割合は横ばいで経過しています。(図表 36) HbA1c7.0%以上の者で、糖尿病治療中の者は増加しており、保健指導等により医療機関を適切に受診する者が増加していることが考えられます。(図表 37)

図表36 HbA1c7.0%以上の者の状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
HbA1c測定者		人数 517	617	628	613	593
HbA1c7.0%以上		人数 41	61	62	56	53
		割合 7.9%	9.9%	9.9%	9.1%	8.9%
再掲	HbA1c8.0以上	人数 11	13	13	16	13
		割合 2.0%	2.1%	2.1%	2.6%	2.2%

出典：ラボツール 評価ツール

図表37 HbA1c7.0%以上の者の治療の有無

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
HbA1c測定者 (人)		517	617	628	613	593
HbA1c7.0%以上 (人)		41	61	62	56	53
治療あり	人数	34	51	50	45	45
	割合	82.9%	83.6%	80.6%	80.4%	84.9%
治療なし	人数	7	10	12	11	8
	割合	17.1%	16.4%	19.4%	19.6%	15.1%

※「治療あり」は問診票で服薬ありと回答した者

出典：ラボツール 評価ツール

65歳未満の治療中の者のHbA1cの分布をみると、コントロール不良のHbA1c7.0%以上の割合は減少しています。(図表 38)

65歳以上の治療中の者のHbA1cの分布をみると、HbA1c7.0%以上の割合は増加しています。(図表 39)

図表38 65歳未満の治療者の血糖コントロールの分布

		令和2年度		令和6年度	
		人数	割合	人数	割合
5.9%以下		0	0.0%	2	13.3%
6.0～6.9%		2	20.0%	6	40.0%
再掲	6.0～6.4%	1	10.0%	3	20.0%
	6.5～6.9%	1	10.0%	3	20.0%
7.0%以上		8	80.0%	7	46.7%
再掲	7.0～7.9%	4	40.0%	5	33.3%
	8.0%以上	4	40.0%	2	13.3%
合計		10	100.0%	15	100.0%

図表39 65歳以上の治療者の血糖コントロールの分布

		令和2年度		令和6年度	
		人数	割合	人数	割合
5.9%以下		1	1.5%	4	4.9%
6.0～6.9%		39	59.1%	34	42.0%
再掲	6.0～6.4%	13	19.7%	18	22.2%
	6.5～6.9%	26	39.4%	16	19.8%
7.0%以上		26	39.4%	43	53.1%
再掲	7.0～7.9%	19	28.8%	33	40.7%
	8.0%以上	7	10.6%	10	12.3%
合計		66	100.0%	81	100.0%

出典：マルチマーカー

ウ 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI25以上)の者の減少)

肥満は、糖尿病、循環器病、がん等の生活習慣病との関連があります。その中でも糖尿病は、肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖を下げるホルモンであるインスリンの組織におけるインスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態(インスリン抵抗性)を引き起こします。また、肥満によって肥大した脂肪細胞からの血中に分泌される遊離脂肪酸や TNF- α などのアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させます。

肥満の割合をみると、腹囲基準値以上と BMI25 以上のどちらも増加しています。それぞれの割合をみると、BMI25 以上の者より、腹囲基準値以上になっている者の割合が多く、このことから、BMI25 以上でなくても、腹囲のみ基準値以上となっている者も少なくないことが分かります。(図表 40)

年代別でみると、男女ともに 50 歳代の肥満者が多くなっています。肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に 20 歳以降に体重を増加させると、糖尿病を発症するリスクが高まると言われており、20 歳以降の体重を増加させない生活習慣が必要です。(図表 41)

図表40 肥満の割合

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
腹囲基準値以上※	40.0%	42.8%	40.2%	43.0%	45.9%
BMI25以上	28.2%	29.5%	27.3%	31.1%	31.3%

※腹囲基準 男性：85cm以上 女性：90cm以上

出典：ラボツール 健診結果集計ツール

図表41 令和6年度年代別体型の割合

		健診受診者	低体重		普通体重		肥満	
			18.5未満		18.5～24.9		25以上	
		人	人	%	人	%	人	%
総計	合計	603	41	6.8%	373	61.9%	189	31.3%
	30-39歳	16	2	12.5%	9	56.3%	5	31.3%
	40-49歳	45	4	8.9%	27	60.0%	14	31.1%
	50-59歳	56	2	3.6%	32	57.1%	22	39.3%
	60-69歳	195	12	6.2%	124	63.6%	59	30.3%
	70-74歳	307	23	7.5%	190	61.9%	94	30.6%
男性	合計	282	7	2.5%	173	61.3%	102	36.2%
	30-39歳	8	0	0.0%	5	62.5%	3	37.5%
	40-49歳	18	1	5.6%	10	55.6%	7	38.9%
	50-59歳	27	0	0.0%	13	48.1%	14	51.9%
	60-69歳	95	3	3.2%	60	63.2%	32	33.7%
	70-74歳	142	3	2.1%	90	63.4%	49	34.5%
女性	合計	321	34	10.6%	200	62.3%	87	27.1%
	30-39歳	8	2	25.0%	4	50.0%	2	25.0%
	40-49歳	27	3	11.1%	17	63.0%	7	25.9%
	50-59歳	29	2	6.9%	19	65.5%	8	27.6%
	60-69歳	100	9	9.0%	64	64.0%	27	27.0%
	70-74歳	165	20	12.1%	100	60.6%	45	27.3%

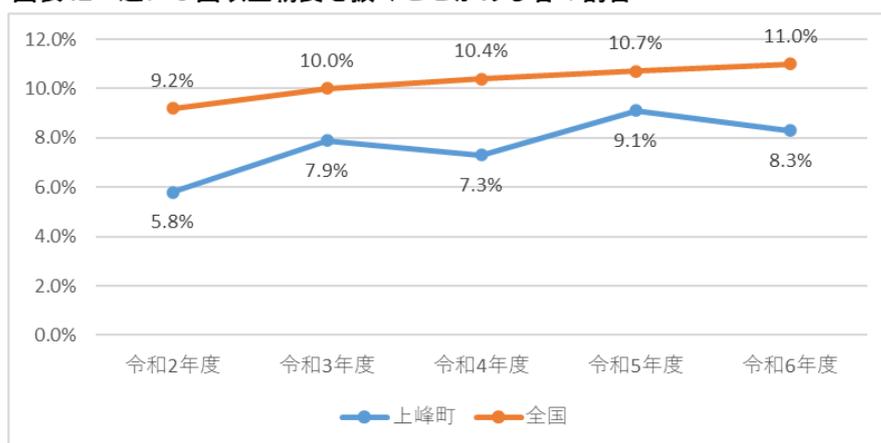
出典：ラボツール 健診結果集計ツール、若年者健診結果

エ 週に3回以上朝食を抜くことがある者の減少

本町における特定健康診査受診者のうち、朝食を週に3回以上抜いている人の割合は、令和6年度で8.3%でした。全国と比較すると低い値ですが、本町の令和2年度と比較すると増加しています。

朝食を抜くと、昼食以降の食後の血糖値が、朝食を食べた際と比較して高くなることがわかっています。(図表42)

図表42 週に3回以上朝食を抜くことがある者の割合



出典：KDBシステム 質問票調査の経年比較

オ 身体活動・運動

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きであり、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器病やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが分かっています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体不活動を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、日常生活の中で実践できる運動方法の周知が必要です。

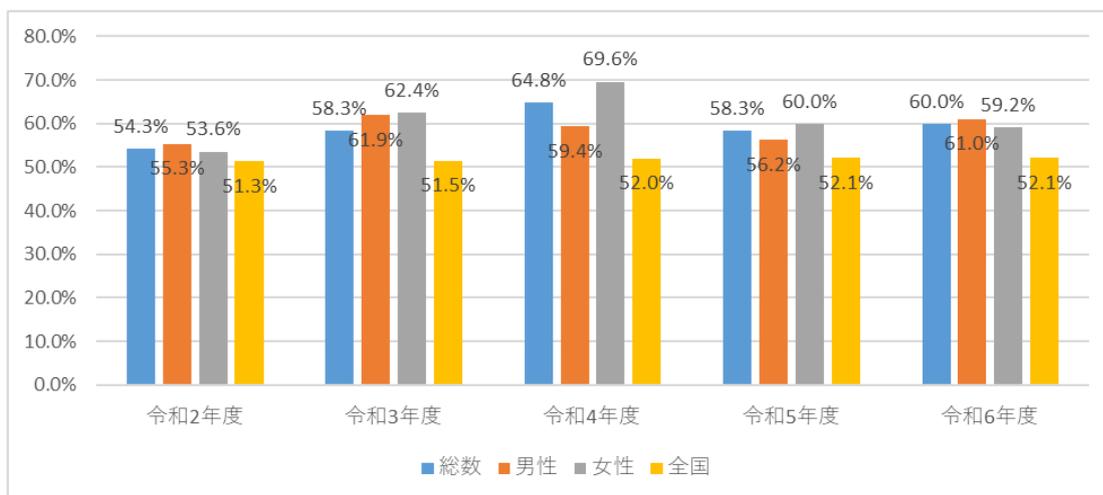
(ア) 日常生活における歩数の増加

(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

日常生活において歩行または同等の身体活動をしている者は、総数で見ると60%前後で経過しています。これらは、全国と比較すると高い値となっています。(図表43)

身体活動を歩行でみていますが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要があります。

図表43 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合



出典：KDBシステム 質問票調査の経年比較

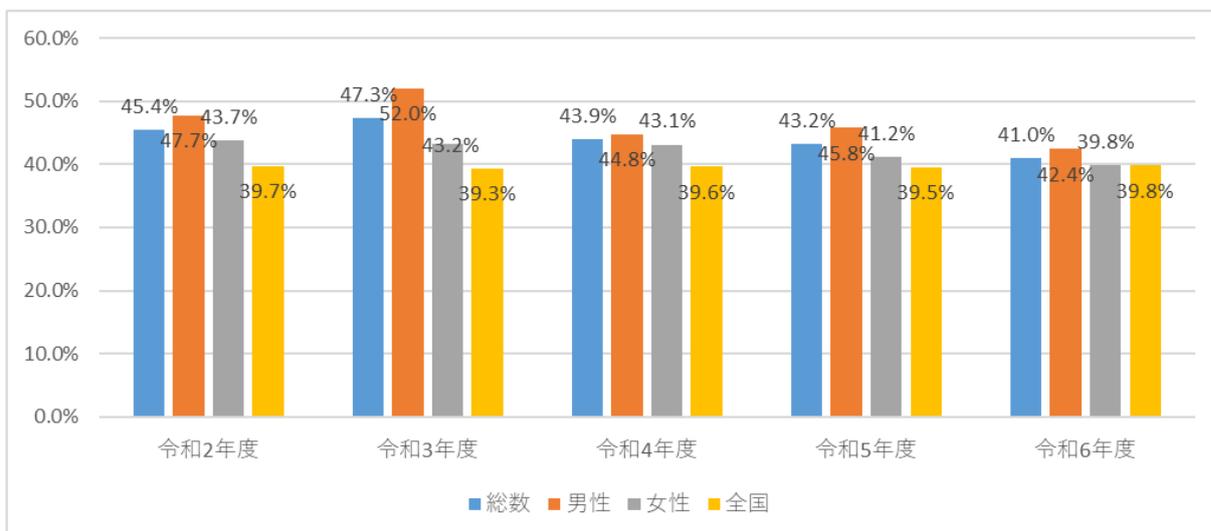
(イ) 運動習慣の増加

(1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施)

本町において運動習慣がある者の割合は、令和 2 年度から比較すると減少傾向にありますが、全国と比較すると高い値となっています。(図表 44)

運動は、性別や年齢等を含めた個人の健康状態に合わせて実施する必要があります。特に、高齢者の健康課題の一つであるロコモティブシンドロームを予防し、町民一人ひとりがいつまでも健康で活動的な生活を維持できるよう身体活動を高める取り組みが必要です。

図表44 運動習慣がある者の割合



出典：KDBシステム 質問票調査の経年比較

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導実施率は、ともに全国、佐賀県より高い状態で推移しています。(図表45)。年代別で見ると、40歳代、50歳代ともに健診実施率は増加していますが、以前として低い状況は続いています。(図表46)。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。また、医療機関通院中の健診未受診者に対しては、医療機関での検査データ提供を依頼、もしくは情報提供事業への同意を依頼し、必要な保健指導を実施します。

図表45 特定健診実施率

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
上峰町	42.2%	50.2%	54.3%	57.4%	58.1%
佐賀県	38.8%	39.5%	40.7%	40.8%	40.9%
全国	33.7%	36.4%	37.5%	38.2%	—

特定保健指導実施率

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
上峰町	79.3%	79.4%	76.8%	75.8%	83.3%
佐賀県	59.4%	61.1%	63.2%	65.1%	65.9%
全国	27.9%	27.9%	28.8%	29.1%	—

出典：特定健診法定報告、全国のは国保中央会より

図表46 年代別健診実施率

年度		総数		男性		女性	
		令和2年度	令和6年度	令和2年度	令和6年度	令和2年度	令和6年度
40-44歳	対象者数	77	61	34	24	43	37
	受診者数	11	18	5	7	6	11
	受診率	14.3%	29.5%	14.7%	29.2%	14.0%	29.7%
45-49歳	対象者数	80	89	43	39	7	50
	受診者数	16	27	8	11	8	16
	受診率	20.0%	30.3%	18.6%	28.2%	21.6%	32.0%
50-54歳	対象者数	73	4	44	47	29	47
	受診者数	10	28	4	14	6	14
	受診率	13.7%	29.8%	9.1%	29.8%	20.7%	29.8%
55-59歳	対象者数	72	76	32	40	40	36
	受診者数	19	28	11	13	8	15
	受診率	26.4%	36.8%	34.4%	32.5%	20.0%	41.7%
60-64歳	対象者数	149	101	65	47	84	54
	受診者数	50	51	20	26	30	25
	受診率	33.6%	50.5%	30.8%	55.3%	35.7%	46.3%
65-69歳	対象者数	322	238	143	109	179	129
	受診者数	151	144	57	69	94	75
	受診率	46.9%	60.5%	39.9%	63.3%	52.5%	58.1%
70-74歳	対象者数	585	573	276	259	309	314
	受診者数	270	307	133	142	137	165
	受診率	46.2%	53.6%	48.2%	54.8%	44.3%	52.5%

出典：ラボツール 評価ツール

(3)具体的な取り組み

糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診を受け、自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の者は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

糖尿病の基礎病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には、肥満の是正が重要な意味をもちます。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切です。インスリンの作用は糖代謝だけでなく、脂質及びたんぱく質代謝などにも関わっているため、栄養バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。食品の働きで分類した4つの食品群により「1日に何をどれだけ食べたら良いのか」を、妊娠期(胎児期)、幼児期、学童期、青年期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせた資料を使い、学習をしていきます。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると、筋肉細胞の増殖や合成が妨げられて、筋肉量の減少につながることから、サルコペニアになりやすいことが分かっています。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約80%が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させる事も知られており、糖尿病とサルコペニアは負のサイクルを形成します。糖尿病やHbA1cなどの血糖値が高い者は、定期的に筋肉量測定を行い筋肉量の維持・増強を目指すことが大切です。

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
家庭訪問や電話等による保健指導の実施と学習教材の活用
- ・二次健診の実施(75gOGTT糖負荷検査、微量アルブミン尿検査)
- ・医療機関との連携(糖尿病連携手帳など)
- ・医療機関未受診者、中断者への対策
- ・第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準ずる

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- ・妊娠前の体格に応じた適切な体重増加に向けての保健指導
- ・対象者への理解を深めるため、ガイドラインの学習、メカニズムの学習

ウ サルコペニア発症予防

- ・健康づくり事業として、町の商業施設を連携し、施設にて定期的に運動を行っている者の会費を一部助成

4 がん

(1) 基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり、生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんによる死亡を減らすために、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施しています。

本町では、健康増進法や国の指針※、科学的根拠に基づき検診により死亡を減らすことができると証明されている、胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん、乳がんの5種類に加え、前立腺がんの計6種類の検診を行っています。

※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(厚生労働省健康局長通知)

(2) 現状と目標

ア がん年齢調整死亡率の減少(がんの標準化死亡比 100 以下)

年齢調整死亡率は、小規模の自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比(SMR)を用いてがんの死亡の状況をみていくこととします。

図表47 がんの標準化死亡比(SMR)

	上峰町	佐賀県
悪性腫瘍のSMR	108.8	104.4

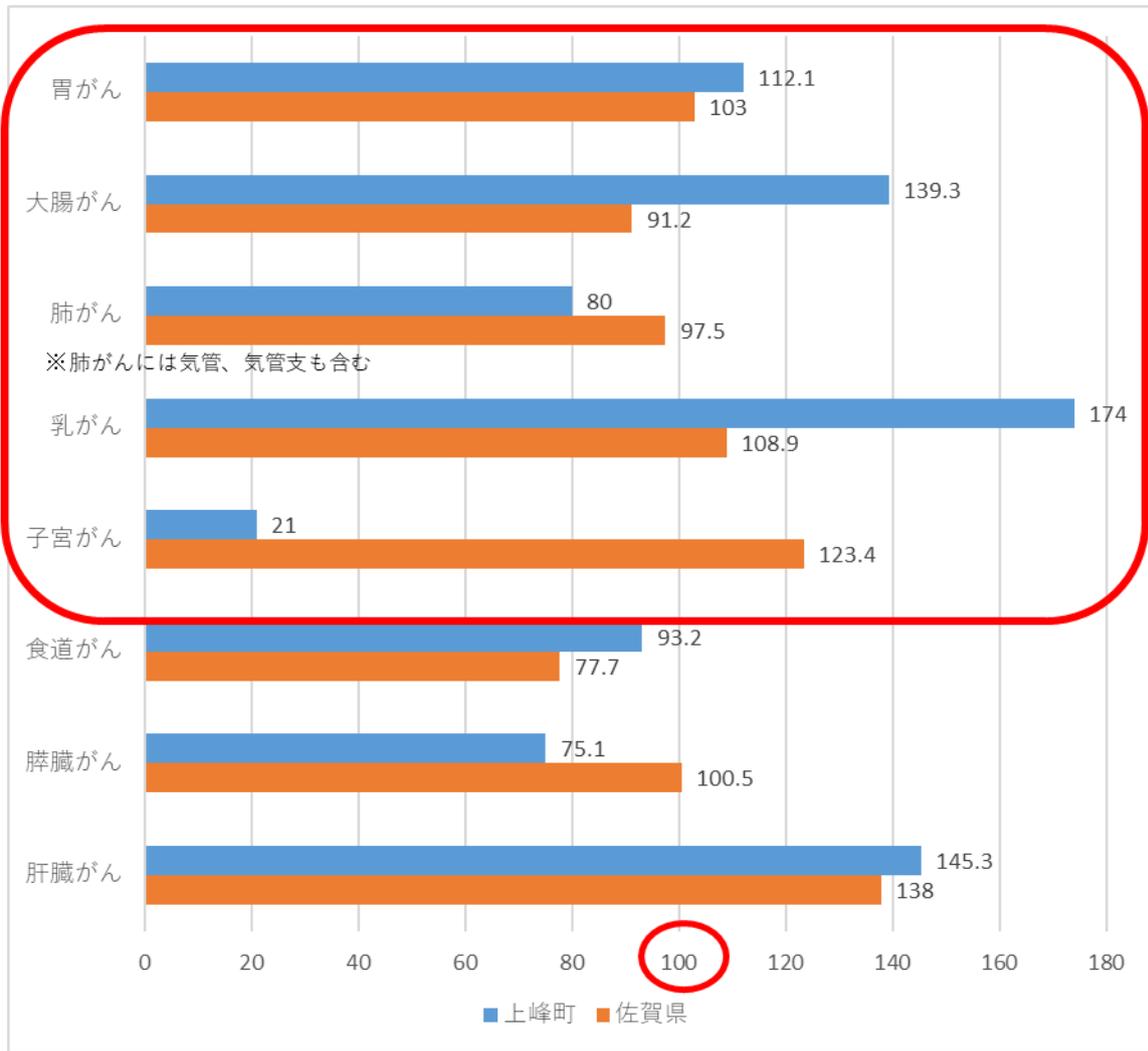
出典：佐賀県保健統計 平成25年～令和5年

本町のがんの標準化死亡比(SMR)は、100 を超えており、佐賀県よりも高い値となっています。(図表 47)

科学的根拠に基づき検診により死亡を減らすことができると証明されている、5 種類のがん検診をみると、乳がんが最も高くなっており、次いで大腸がんとなっています。(図表 48)

がん検診により、がんの早期発見・治療を推進することが必要ですが、それとともに、生活習慣の改善により近年増加傾向にある肥満や糖尿病に起因するがんの発症も予防していくことが重要です。

図表48 悪性腫瘍部位別標準化死亡比



出典：佐賀県保健統計 平成25年～令和5年

イ がん検診の受診率の向上

本町では、6種類のがん検診を実施しています。がん検診の受診率の向上のため、特定健診との同日開催、土日等休日の開催、個別検診と毎日検診の実施等、町民が受けやすい体制、検診の啓発・周知に取り組んできましたが、がん検診受診率は全て国の目標値である60%を達成できていません。(図表49)

がん検診を受けた人のうち、3～7割が職域(保険者・事業主が福利厚生として任意で実施)で受診している実態もあり、今後、正確ながん検診受診率の把握のため、職域におけるがん検診について実施状況を把握することが、市町の努力義務として定められました。

今後も町民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発・周知と、効果的な受診勧奨を行っていく必要があります。

図表49 がん検診受診率の推移

											全国
	令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度		令和6年度		令和5年度
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
胃がん	6.3%	6.0%	6.0%	9.0%	5.5%	6.9%	6.4%	6.9%	5.3%	5.1%	6.8%
大腸がん	5.3%	7.0%	5.2%	7.7%	5.2%	7.5%	5.0%	7.3%	5.3%	9.0%	6.8%
肺がん	5.5%	6.8%	5.9%	6.8%	6.3%	9.0%	5.4%	8.2%	5.8%	7.7%	5.9%
乳がん		15.6%		19.4%		18.5%		16.1%		16.4%	16.0%
子宮がん		21.7%		23.3%		22.5%		21.1%		21.1%	15.8%

※算定対象年齢は、胃がん：50～69歳、肺・大腸がん・乳がん：40～69歳、子宮がん：20～69歳 出典：地域保健・健康増進事業報告

ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診の受診とともに精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

検診受診の際に、精密検査受診の必要性を説明し、実際に精密検査の対象となった際には、結果に、適切な精密検査を受けられる医療機関リストを同封しています。また、年度末には精密検査未受診者に対して、受診勧奨通知を発送しています。

がんは早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができます。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、医療機関等の情報も併せて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

図表50 がん検診精密検査受診率

(単位：発見がん人)

			令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
			男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
胃	バリウム	受診率	57.1%	75.0%	66.7%	100.0%	80.0%	66.7%	100.0%	100.0%	85.7%	100.0%
		発見がん	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	カメラ	受診率			—	—	—	—	—	—	—	—
		発見がん			—	—	—	—	—	—	—	—
大腸	精密受診率		66.7%	66.7%	20.0%	87.5%	77.8%	66.7%	80.0%	92.9%	50.0%	66.7%
	発見がん		0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
肺	精密受診率		33.3%	100.0%	—	—	100.0%	100.0%	—	100.0%	50.0%	100.0%
	発見がん		0	0	—	—	0	0	—	0	0	0
乳	精密受診率			87.5%		100.0%		88.9%		87.5%		88.9%
	発見がん			0		1		1		0		0
子宮	精密受診率			100.0%		100.0%		100.0%		80.0%		66.7%
	発見がん			0		0		0		0		0

※算定対象年齢は、胃がん：50～69歳、肺・大腸がん・乳がん：40～69歳、子宮がん：20～69歳

出典：地域保健・健康増進事業報告

(3) 具体的な取り組み

ア がん検診の受診率の向上

- ・がん検診の必要性の周知とともに受診勧奨を行う
- ・国保の集団健診の場でのがん検診実施
- ・休日の検診開催
- ・対象年齢への受診勧奨通知
- ・医療機関で使用できる子宮がん、乳がんの無料クーポンの配布

イ 精密検査受診率の向上

- ・受診の必要性についてのリーフレット配布
- ・受診可能医療機関リストの配布
- ・未受診者への受診勧奨通知

5 COPD(慢性閉塞性肺疾患)

(1) 基本的な考え方

COPD(慢性閉塞性肺疾患)は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道、肺胞、肺血管等に病変が起きる病気です。この変化は治療しても戻ることはなく、息切れを主な症状として、緩やかに呼吸障害が進行する疾患です。

COPDの最大の原因は喫煙です。遺伝因子、感染なども原因として挙げられていますが、ほとんどのCOPDが禁煙によって予防可能と言われています。喫煙対策により発症を予防することともに、早期発見と禁煙や治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少につながります。

また、COPDは、炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器病を併発することも多く、COPDの予防は循環器病の予防のためにも重要です。

(2) 現状と目標

ア COPDの死亡率の減少

本町のCOPDにおける死亡は、佐賀県と比較して低くなっています。死亡を減らしていくためには、原因となる喫煙対策が必要です。(図表 51)

図表51 COPDによる死亡率(人口10万対)

	上峰町					佐賀県
	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和5年度
総数	10.7%	10.8%	—	22.0%	10.9%	15.4%
男性	22.5%	22.5%	—	45.6%	22.7%	29.0%
女性	—	—	—	—	—	3.2%

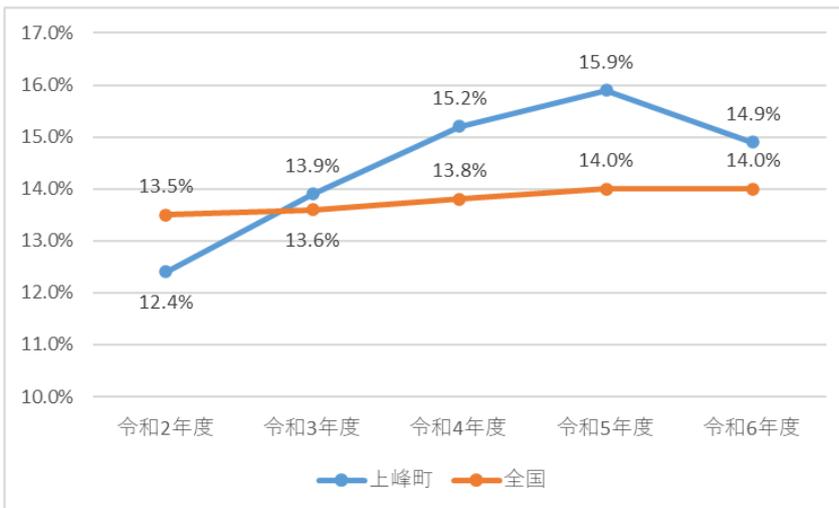
出典：佐賀県保健統計

イ 喫煙率の減少

本町は、全国と比較して喫煙率が高い状況です。(図表 52)

COPDは症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経過し、呼吸困難など重症になってから受診することがあります。また、喫煙はCOPDだけでなく、循環器病(脳血管疾患、虚血性心疾患)、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要です。禁煙の必要性和その方法について学習が必要です。

図表52 喫煙率



出典：KDBシステム 特定健診質問票

(3) 具体的な取り組み

ア 禁煙対策

- ・禁煙についてのパンフレット配布
- ・禁煙外来等の情報提供
- ・喫煙についての保健指導

※妊娠中の喫煙については、女性とこどもの健康を参照

6 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどのQOLの向上を図るためには、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、将来を見据え、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要です。全ての国民が生涯にわたって自分の歯を20本以上残すことをスローガンとした、8020運動が展開されていますが、歯の喪失の主要な原因疾患となる、う蝕(むし歯)と歯周病予防は必須の項目です。各ライフステージにおいて、健診や教室の場を通じて、歯・口腔の健康づくりに努める必要があります。

(2) 現状と目標

ア 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

3歳児でう蝕のない者の国の目標値は90%で、本町におけるう蝕のない1歳6か月児は、98.7%と全国に比べて低く推移しており、3歳児においては97.0%で全国に比べて高く推移しています。(図表52)

また、学校にて実施される健診において12歳のう蝕のない者の割合も、82.2%と全国と比べて高くなっています。(図表53)

乳幼児の歯科健康診査のほか、母子歯科保健事業を通して、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促すとともに、子どもの生活や成長に関わる保育士等とも連携を図り、環境づくりを行います。

図表52 歯科健診にてう蝕のない者の割合(%) ~1歳6か月児健診、3歳児健診~

		上峰町					全国
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和5年度
1歳6か月児健診	対象人数	87	91	103	78	79	777,720
	むし歯なし	86	90	101	78	78	772,704
	割合	98.9%	98.9%	98.1%	100.0%	98.7%	99.4%
3歳児健診	対象人数	91	84	99	93	99	830,682
	むし歯なし	84	80	94	87	96	766,330
	割合	92.3%	95.2%	94.9%	93.5%	97.0%	92.3%

出典：地域保健・健康増進事業報告

図表53 学校歯科健診にてう蝕のない者の割合(%) ~12歳~

上峰町						全国
	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和6年度
対象人数	110	95	99	101	118	
むし歯なし	89	70	88	82	97	
割合	80.9%	73.7%	88.9%	81.2%	82.2%	74.9%

出典：学校保健安全委員会

イ 歯科健(検)診受診率の向上

(ア) 妊婦歯科健康診査受診率の向上

妊娠期は、ホルモン変化、口腔内の環境や体調の変化により、歯周病のリスクが高まります。また、乳幼児期における子どものむし歯予防は、保護者に委ねられるため、妊娠期から歯と口の健康に関心をもつことが重要です。

本町では、妊婦歯科健康診査を実施しており、令和6年度をみると受診率 24.7%で、これまでの受診率を大きく上回っています。(図表 54)

図表54 妊婦歯科健診結果の状況

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
対象者数		98	98	89	94	85
受診者数		16	16	12	18	21
受診率		16.3%	16.3%	13.5%	19.1%	24.7%
要指導者	人数	12	11	5	4	7
	割合	75.0%	68.8%	41.7%	22.2%	33.3%
要精密者	人数	0	1	7	10	11
	割合	0.0%	6.3%	58.3%	55.6%	52.4%
異常なし	人数	4	4	0	4	3
	割合	25.0%	25.0%	0.0%	22.2%	14.3%

※対象者数は年度内に妊娠届を出した者。(転入含む)

出典：健康カルテ

年度を挟んで受診する者もいるため受診率は100%にはならない。

(イ) 歯周疾患検診受診率の向上

本町では健康増進法に基づいて、40歳・50歳・60歳・70歳を対象に歯周疾患検診を実施しています。40歳からの検診では歯周疾患予防が間に合っていない現状を踏まえ、令和6年度より対象年齢に20歳・30歳を追加しました。その影響で、令和6年度より受診率が増加しました。(図表 55)

図表55 歯周疾患検診結果の状況

		上峰町					全国
		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和5年度
対象者数		542	480	476	486	716	
受診者数		15	17	13	14	40	359,554
受診率		2.8%	3.5%	2.7%	2.9%	5.6%	
要指導者	人数	12	9	3	2	12	85,776
	割合	80.0%	52.9%	23.1%	14.3%	30.0%	23.9%
要精密者	人数	0	1	5	10	22	231,919
	割合	0.0%	5.9%	38.5%	71.4%	55.0%	64.5%
異常なし	人数	3	7	5	2	6	38,219
	割合	20.0%	41.2%	38.5%	14.3%	15.0%	10.6%

出典：健康カルテ 国は地域保健健康増進事業

ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こるものを歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

要精密検査の内容をみると、妊婦歯科健診、歯周疾患検診ともに歯周病が最も多くなっています。(図表 56、57)

歯周病は、細菌の感染によって引き起こされるため、細菌を除去し続けることで歯周病の再発を予防または悪化防止することが可能です。毎日のブラッシングにて歯垢のほとんどは除去可能ですが、歯周ポケットや歯並びの悪い場所にある歯垢は、ブラッシングのみでは除去できません。そのためには、定期的な受診を続け、メンテナンスを行うことが重要です。

また、近年歯周病と糖尿病や循環器病との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

図表56 妊婦歯科健診要精密検査の内容

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
要精密者		0	1	7	10	11
歯周病	人数	0	0	5	6	7
	割合	0.0%	0.0%	71.4%	60.0%	63.6%
未処置歯	人数	0	0	3	6	6
	割合	0.0%	0.0%	42.9%	60.0%	54.5%
要補綴歯	人数	0	0	0	0	0
	割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
歯石付着	人数	0	0	1	0	2
	割合	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	18.2%
その他	人数	0	1	0	0	1
	割合	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	9.1%

出典：健康カルテ

図表57 歯周疾患検診要精密検査の内容

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
要精密者		0	1	5	10	22
歯周病	人数	0	1	4	8	18
	割合	0.0%	100.0%	80.0%	80.0%	81.8%
未処置歯	人数	0	0	1	5	11
	割合	0.0%	0.0%	20.0%	50.0%	50.0%
要補綴歯	人数	0	0	0	0	1
	割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%
歯石付着	人数	0	0	2	0	1
	割合	0.0%	0.0%	40.0%	0.0%	4.5%
その他	人数	0	0	1	0	2
	割合	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	9.1%

出典：健康カルテ

(3) 具体的な取り組み

歯科口腔保健を推進するために、実施把握・分析結果等から今後充実・強化すべき取組について、歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士と、毎年開催される合同協議会にて情報連携を行います。

ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20～75歳	75歳以上
	口腔機能の獲得	口腔機能の維持・向上	健全な口腔機能の維持	
健全な歯・口腔の育成			歯の喪失防止	
定期的な歯科健診				
妊娠届出時				
<ul style="list-style-type: none"> ・口腔の健康及びう蝕予防の方法の普及 ・定期的な歯科健診の受診勧奨 				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 歯科衛生士による歯科保健指導 </div> <ul style="list-style-type: none"> ・（う蝕予防のための食生活、発達に応じた歯口清掃方法、歯磨き指導、フッ化物の応用等） <p style="margin-left: 20px;">対象：4か月児、7か月児、1歳6か月児、2歳児、3歳児</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 離乳食、幼児食の栄養学習（栄養士） </div> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の獲得及びう蝕予防のための食生活 				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 幼児歯科健診（歯科医師） </div> <p style="margin-left: 20px;">対象：1歳6か月児、3歳児</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> フッ素塗布事業 </div> <p style="margin-left: 20px;">対象：1歳6か月児、3歳児</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> フッ化物洗口事業 </div> <p style="margin-left: 20px;">対象：各園に在籍する年中、年長児</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 歯周疾患検診事業 </div> <p style="margin-left: 20px;">対象：20・30・40・50・60・70歳に受診券送付</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 集団健診来庁者を対象に歯科保健指導（歯科衛生士） </div> <p style="margin-left: 20px;">う蝕・歯周病予防・改善のための口腔清掃方法、禁煙指導、生活習慣、咀嚼訓練、義歯の清掃・管理など</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> 糖尿病患者等の歯周病重症化予防 </div> <p style="margin-left: 20px;">糖尿病連携手帳を用いて歯科と連携</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> きずなサロンでの口腔フレイル予防 </div> <p style="margin-left: 20px;">歯科衛生士による講話</p>				

第2節 目標の設定

目標項目として設定する指標は、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものが例示されています。これらを踏まえ、本町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。

上峰町健康増進計画評価指標

項目	評価指標	現状値	データ年度	目標値	データソース
全体	1. 健康寿命の延伸				
	平均自立期間 (要介護2以上)	男：81.1歳 女：84.7歳	令和5年度	延伸	KDBシステム
女性と こどもの 健康	2. 胎児期・乳幼児期・学童期からの生活習慣病の予防				
	①低出生体重児（2,500g未満）の割合の減少	8.3%	令和5年度	10%以下	上峰町妊婦支援台帳
	②妊娠中の適正な体重増加	28.0%	令和6年度	増加	上峰町妊婦支援台帳
	③妊娠糖尿病と診断される者の減少	2.5%	令和6年度	減少	上峰町妊婦支援台帳
	④妊娠高血圧と診断される者の減少	3.3%	令和6年度	減少	上峰町妊婦支援台帳
	⑤妊娠中の喫煙者の減少	1.3%	令和6年度	0%	母子手帳交付申請書
	⑥肥満度15%以上の幼児の減少	1歳6か月児：12.7%	令和6年度	減少	上峰町乳幼児健診
		2歳6か月児：8.3%	令和6年度		上峰町乳幼児健診
		3歳6か月児：7%	令和6年度		上峰町乳幼児健診
	⑦肥満度20%以上の小学生・中学生の減少	小学生：8%	令和7年度	減少	上峰小学校保健安全委員会
中学生：11.4%		令和7年度	上峰中学校保健安全委員会		
⑧22時以降に就寝する幼児（3歳児）の減少	15.2%	令和6年度	減少	上峰町乳幼児健診	
⑨朝食を食べていない幼児の減少	過去5年で3人	令和2年～ 令和5年	0人	上峰町乳幼児健診	
⑩エジンバラ産後うつ病質問票9点以上の割合の減少	2週間：10.4%	令和6年度	減少	産婦健康診査受診票	
	1か月：10.1%				
循環器 病	3. 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少				
	①脳血管疾患	69.5	平成25年～ 令和5年	100以下	佐賀県保健統計
	②虚血性心疾患	117.2	平成25年～ 令和5年	100以下	佐賀県保健統計
	4. II度高血圧以上の者の割合の減少	3.6%	令和6年度	4.2%	健診結果集計ツール
	5. LDLコレステロール180mg/dl以上の者の割合の減少	4.8%	令和6年度	3.9%	健診結果集計ツール
	6. メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	41.1%	令和6年度	32%	健診結果集計ツール
	7. 生活習慣病のリスクを高める量を 飲酒している者の割合の減少	男性：14.7%	令和6年度	10%	KDBシステム
		女性：21.7%	令和6年度	10%	KDBシステム
8. 睡眠で十分な休養な取れている者の増加	74.6%	令和6年度	80%	KDBシステム	

糖 尿 病	9. HbA1c6.5%以上の者の割合の減少	14.7%	令和6年度	17.8%	健診結果集計ツール
	10. 血糖コントロール指標におけるコントロール不良の割合の減少 (HbA1c7.0%以上の者の割合)	8.9%	令和6年度	8.5%	評価ツール
	11. 治療継続者の割合の増加 (HbA1c7.0%以上の者のうち治療中と回答した者)	84.9%	令和6年度	86%	評価ツール
	12. 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少	1人	令和6年度	0人	上峰町更生医療
	13. 肥満 (BMI25以上) の者の減少	31.3%	令和6年度	30%	健診結果集計ツール
	14. 週に3回以上朝食を抜くことがある者の減少	8.3%	令和6年度	8%	KDBシステム
	15. 日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	60.0%	令和6年度	62%	KDBシステム
	16. 運動習慣がある者の割合の増加 (1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施)	41.0%	令和6年度	43%	KDBシステム
	17. 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上				
	①特定健康診査の実施率の向上	58.1%	令和6年度	60%	特定健診法定報告
②特定保健指導実施率の維持	83.3%	令和6年度	現状維持	特定健診法定報告	
が ん	18. 悪性新生物の標準化死亡率 100以下	108.8	平成25年～ 令和5年	100以下	佐賀県保健統計
	19. がん検診の受診率の向上				
	①胃がん	男性：5.3% 女性：5.1%	令和6年度	5.5%	地域保健・健康増進事業報告
	②大腸がん	男性：5.3% 女性：9.0%	令和6年度	5.5%	地域保健・健康増進事業報告
	③肺がん	男性：5.8% 女性：7.7%	令和6年度	6%	地域保健・健康増進事業報告
	④乳がん	16.4%	令和6年度	17%	地域保健・健康増進事業報告
	⑤子宮がん	21.1%	令和6年度	23%	地域保健・健康増進事業報告
	20. 精密検査受診率の向上				
C O P D	21. COPDによる死亡率の減少	10.9%	令和5年度	10%	佐賀県保健統計
	22. 喫煙率の減少	14.9%	令和6年度	14%	KDBシステム
歯 ・ 口 腔 の 健 康	23. 乳幼児期のう蝕がない者の増加	1歳6か月児：98.7% 3歳6か月児：97.0%	令和6年度	98%	地域保健・健康増進事業報告
	24. 12歳児のう蝕がない者の増加	82.2%	令和6年度	現状維持	上峰小学校学校保健安全委員会
	25. 妊婦歯科検診の受診率の増加	24.7%	令和6年度	25%	健康カルテ
	26. 歯周疾患検診の受診率の増加	5.6%	令和6年度	6%	健康カルテ
	27. 歯周病を有する者の割合の減少				
	①妊婦	63.6%	令和6年度	63%	健康カルテ
	②歯周疾患検診対象者	81.8%	令和6年度	81%	健康カルテ

第3章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

1 活動展開の視点

健康増進法は、各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の「責務」とし、自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。町民の健康増進を図ることは、高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策は本町にとっても重要な施策であり、上峰町健康増進計画の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視した取り組みを推進していきます。

取組を進めるためには、個人の身体(健診結果等)をより見ていくことが重要です。一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられています。そのため身体の問題解決は画一的なものではありません。各個人の生活の状況や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本となります。

本町としては、それを支えながら、町民自身が、自分のからだに対する理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的根拠に基づいた支援を進めていきます。同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣・特徴等、共通性の実態把握に努めながら、地域の健康課題に対し、町民は共同して取組を考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動を目指します。

第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等の専門職は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的である、健診データを見続けていく存在です。健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、家族の生活習慣や、その家族が生活している地域の社会的条件のなかでつくられます。私たちは、短に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくことが重要です。また、充実した保健活動を行うために、専門職の配置や補充等を考える必要があります。

健康増進に関する施策を推進するためには、資質が不可欠です。保健師や管理栄養士等の専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に積極的に参加して、自己研鑽に努め、効果的な保健活動が行えるよう資質の向上に努めます。